

3. aver ottenuto la prima iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
4. essere stato successivamente iscritto all'Ordine dei medici di:
- a) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- b) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- c) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
5. aver conseguito il diploma di specializzazione o libera docenza:
- 5a) in _____ presso l'Università di _____ in data ___/___/___; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
- 5b) in _____ presso l'Università di _____ in data ___/___/___; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
- 5c) in _____ presso l'Università di _____ in data ___/___/___; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
6. essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e al D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, conseguito presso _____ il ___/___/___; dichiara inoltre il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
7. aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina: dal ___/___/___ al ___/___/___ c/o _____;

Dichiara che l'ultima domanda presentata è relativa alla graduatoria valida per l'anno _____.

Alla presente domanda allega inoltre i seguenti documenti relativi ai titoli di servizio valutabili ai fini della graduatoria predetta, **maturati al 31/12/2007** e specificati nel <Riepilogo titoli> (si veda nelle Avvertenze Generali: "Modalità di documentazione dei titoli di servizio"):

- n. _____dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. _____certificati in bollo.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata: alla propria residenza
 al domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ prov.(_____) _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____/_____.

_____ data

_____ Firma per esteso e leggibile

AVVERTENZE GENERALI

ATTENZIONE: l'art. 15, comma 11 dell'A.C.N. per la medicina generale reso esecutivo con Intesa Stato-Regioni rep. n. 2272 del 23. 03.2005 , prevede che i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per le attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, possono concorrere all'assegnazione dei relativi incarichi vacanti solo per trasferimento.

Si richiama pertanto l'attenzione dei medici interessati sul fatto che L'ESSERE GIÀ CONVENZIONATO alla data del 31/01/2008 PER L'ASSISTENZA PRIMARIA, O PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, O PER L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE NON CONSENTIRÀ DI PARTECIPARE alla procedura di assegnazione delle RELATIVE carenze PER GRADUATORIA, POICHE' L'A.C.N. PREVEDE CHE I MEDICI GIA' CONVENZIONATI POSSANO CONCORRERE ALL'ASSEGNAZIONE DI UNA NUOVA ZONA CARENTE O DI UN NUOVO INCARICO VACANTE SOLO PER TRASFERIMENTO.

Es.: un medico convenzionato per la continuità assistenziale iscritto nella presente graduatoria potrà concorrere per graduatoria all'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria (e di emergenza sanitaria territoriale se in possesso degli ulteriori specifici requisiti previsti per tale tipo di attività), ma potrà concorrere solo per trasferimento all'assegnazione di un diverso incarico vacante di continuità assistenziale.

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) iscrizione Albo Professionale
- 2) possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale come previsto dal D.L.vo n. 256/91 e dal D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003 **oppure** abilitazione entro il 31/12/1994 (titolo equipollente previsto dal D.L.vo 17/08/1999, n. 368)

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno **2009**, i medici dovranno presentare entro il termine perentorio del 31/01/2008, domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo.

La domanda, indirizzata all'AZIENDA U.L.S.S. N. 20 - SERVIZIO CONVENZIONI – VIA VALVERDE, 42 – 37122 VERONA, può essere consegnata a mano o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale.

COSTITUISCONO MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA

- 1) LA MANCANZA DELLA FIRMA NELLA DOMANDA;
- 2) L'OMESSA DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI (si ricorda che l'iscrizione all'Ordine dei Medici può essere attestata o allegando il certificato dell'Ordine in regola con le vigenti norme di bollo **oppure** semplicemente compilando il punto 3) dell'Autocertificazione che fa parte integrante della domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale);
- 3) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **31/01/2008**.

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI DI SERVIZIO

I titoli di servizio svolto possono essere presentati:

- 1) in originale, in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo;
- 2) **oppure**, ai sensi degli artt. 19, 19-bis e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" come modificato dalla L. 16/01/2003, n. 3, **in semplice fotocopia che dev'essere autenticata dall'interessato**, in carta semplice, compilando l'allegato "**Modulo B**" - vedi Nota (1) in calce al Modulo stesso.
- 3) **oppure**, ai sensi dell'art. 47 della L. 445/2000, con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**Modulo C**), in carta semplice, dalla quale risultino:
 - a. i propri dati anagrafici;
 - b. la seguente **formula**:
"il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il <Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa> dichiara di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito elencati";
 - c. l'**esatto indirizzo** dell'Ente presso il quale si è svolto il servizio, come segue: nome dell'Ente, via, numero civico, C.A.P., Città (prov.), numero telefonico, numero di fax;
 - d. **tutti** gli elementi necessari per la corretta valutazione delle attività (come specificati, al punto successivo delle Avvertenze);
 - e. la **firma**: non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A/R, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

Se i titoli di servizio vengono documentati con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, la stessa **dovrà essere completa e leggibile** per consentirne la corretta valutazione e i necessari controlli di veridicità (art. 71 L. 445/2000). Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

ELEMENTI NECESSARI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:

- a) i titoli di servizio divenuti valutabili con il vigente A.C.N. (servizio civile volontario per scopi umanitari, servizio nelle carceri, servizio all'estero; cfr. punti 19) - 23) - 25) del riepilogo titoli allegato alla domanda), devono essere **integralmente** dichiarati e/o documentati ancorchè già presentati in precedenza;
- b) le attività di Continuità Assistenziale, di Emergenza Sanitaria Territoriale e di Medicina dei Servizi, **a tempo indeterminato e a tempo determinato**, devono essere documentate indicando per ogni mese di attività le **effettive ore svolte**.
- c) l'Attività Territoriale Programmata deve essere documentata indicando per ogni mese di attività le **effettive ore svolte**;
- d) l'attività di medico di medicina generale e quella di medico specialista pediatra di libera scelta devono essere documentate indicando specificatamente l'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento. In caso contrario verrà attribuito il punteggio inferiore. Inoltre le certificazioni o le dichiarazioni sostitutive (Modulo C) attestanti le sostituzioni di medicina generale e di medicina pediatrica dovranno dare atto specificatamente che il numero degli assistiti iscritti presso il medico sostituito, sia rispettivamente superiore a 100 o 70.
- e) il servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art. 8 della L. 24/10/2000 n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale, deve essere documentato indicando per ogni mese di attività le **effettive ore svolte**.
- f) l'astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e/o indeterminato nell'Area di Medicina Generale potrà essere documentata, **indicando la data di inizio e di fine**, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

I documenti allegati alla domanda degli anni precedenti sono acquisiti agli atti, **purché ne venga fatto espresso riferimento, barrando la colonna "B" del "Riepilogo titoli ed attività svolte"**.

La documentazione comprovante i titoli dovrà essere tale da consentirne la valutazione; non si terrà conto di quella dalla quale non sia possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico nella domanda.

Per informazioni telefonare al numero 045/807.5884
Sito Internet => www.ulss20.verona.it
seguendo il percorso Area Amministrativa/Attività Convenzionata

NOTA BENE

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici - art. 18, D.L.vo n. 196 del 30/06/2003: i dati personali che l'Azienda U.L.S.S. 20 acquisisce verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli articoli. 15 e 16 dell'A.C.N. per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con Intesa Stato/Regioni rep. 2272 del 23/03/2005

(NON VALIDO AI FINI DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA)

RIEPILOGO TITOLI ED ATTIVITA' SVOLTA

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>I – <u>Titoli accademici o di studio</u></p> <p>1) Diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104, oppure da 90 a 94/100 (punti 0,30) voto _____/110*</p> <p>2) Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109, oppure da 95 a 99/100 (punti 0,50) voto _____/110*</p> <p>4) Diploma di laurea conseguito con voti da 110/110 a 110/110 e lode, oppure da 100/100 a 100/100 e lode (punti 1,00) voto _____/110*</p> <p><i>*se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo</i></p> <p>4) Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina <u>equipollente</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive modifiche (punti 2,00) specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____ specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____</p> <p>5) Specializzazione o libera docenza nelle discipline <u>affini</u> alla medicina generale, ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive modifiche (punti 0,50) specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____ specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____</p> <p>6) Diploma di formazione in medicina generale come previsto dai DD.L.vi n. 256/91 o n. 368/99 <u>come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003.</u> (punti 7,20) frequenza dal _____ al _____ <u>conseguito il _____ presso _____</u></p>
		<p>II – <u>Titoli di servizio</u></p> <p>7) Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato. (0,20 punti per mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p>

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>8) Stessa attività di cui al punto precedente prestata nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento. (0,30 punti per mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>9) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (0,20 punti per mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>10) Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c). (0,20 punti per mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>11) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di <u>Continuità Assistenziale</u>. (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>12) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella <u>Medicina dei servizi</u>. (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>13) Servizio di <u>Attività Territoriali Programmate</u>. (0,10 punti per mese corrispondente a 52 h di attività)</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dal _____ al _____ ore _____</p>

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>14) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella <u>Emergenza Sanitaria Territoriale</u>. (0,20 punti per mese di attività) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>15) Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di <u>reperibilità</u> ai sensi del presente accordo. (0,05 punti per mese ragguagliato 96 ore di attività) Dal _____ al _____ ore _____ Dal _____ al _____ ore _____ Dal _____ al _____ ore _____ Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>16) Attività medica nei servizi di <u>assistenza stagionale nelle località turistiche</u> organizzati dalle Regioni o dalle Aziende. (020 punti per mese) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>17) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento. (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>18) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale (D.P.R. n. 270/2000) limitatamente al periodo di concomitanza. (0,20 punti per mese) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>19) Servizio civile volontario per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina. (0,10 punti per mese di attività) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>20) Servizio civile volontario per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo. (0,20 punti per mese) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p>

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>21) Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (0,10 punti per mese di attività) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>22) Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>23) Attività di medico addetto all'assistenza nelle carceri sia a tempo indeterminato che di sostituzione. (0,20 punti per mese di attività) [*] Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ [*] Indicare al punto 23 anche l'attività di medico di Polizia.</p> <p>24) Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (0.20 punti per mese di attività) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p> <p>25) Servizio prestato presso Aziende Termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale. (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) Dal _____ al _____ ore _____ Dal _____ al _____ ore _____</p> <p>26) Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della Legge 9 febbraio 1979 n. 38, della Legge 10 luglio 1960 n. 735 e succ.ve modificazioni ed integrazioni e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430. (0,20 punti per mese) Dal _____ al _____ Dal _____ al _____ Dal _____ al _____</p>

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>Decreto Legislativo n. 151/2001 art. 22) commi 3 e 5: <u>“Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’art. 15) della Legge n. 53/2000”.</u></p> <p>Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico nell’Area de medicina generale (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento).</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p>

-
-
- 1) Barrare la colonna “A” in corrispondenza dei titoli che sono stati allegati alla presente domanda.
 - 2) Barrare la colonna “B” in corrispondenza dei titoli che sono stati presentati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.
-
-

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(artt. 19 e 47 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Dott. _____,
nato a _____, il ___/___/____,
in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale per la medicina
generale dell'anno **2009**,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di
dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo
unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa", **che le ALLEGATE FOTOCOPIE DEI CERTIFICATI dei titoli di servizio
svolto, sotto elencati, sono conformi agli originali in proprio possesso** (vedi
<Avvertenze generali – "Modalità di documentazione dei titoli di servizio punto 2">):

- 1) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 2) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 3) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 4) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 5) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 6) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 7) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 8) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 9) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 10) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 11) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 12) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 13) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 14) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____

Data _____

Firma per esteso e leggibile(1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(artt. 19 e 47 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Dott. _____,
 nato a _____, il ___/___/____, in
 riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale per la medicina generale dell'anno
2009,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", **DI AVER SVOLTO** (vedi <Avvertenze generali - "Modalità di documentazione dei titoli di servizio" e "Elementi necessari per l'attribuzione del punteggio">):

1) presso l'Ente _____
 Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
 Città _____ Prov. _____ Telefono _____
 Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

2) presso l'Ente _____
 Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
 Città _____ Prov. _____ Telefono _____
 Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

3) presso l'Ente _____
 Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
 Città _____ Prov. _____ Telefono _____
 Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

SEGUE

4) presso l'Ente _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

5) presso l'Ente _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

6) presso l'Ente _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

Data _____

Firma per esteso e leggibile(1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- **Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.